

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 37

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ADÉNITES GÉNIENNES
D'ORIGINE DENTAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 13 Décembre 1933

PAR

Georges-Jean GUILHEM

Né à PAU (Basses-Pyrénées), le 9 décembre 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CAVALIÉ, professeur.	Président
		TEULIÈRES, professeur.	Juges
		DUBECQ, agrégé.	
		BEAUVIEUX, agrégé.	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 37

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ADÉNITES GÉNIENNES
D'ORIGINE DENTAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 13 Décembre 1933

PAR

Georges-Jean GUILHEM

Né à PAU (Basses-Pyrénées), le 9 décembre 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CAVALIÉ, professeur.	Président.
		TEULIÈRES, professeur.	Juges
		DUBECQ, agrégé.	
		BEAUVIEUX, agrégé.	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER, BEILLE, CASSAËT

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC..	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale.....	N.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique). PÉRRENS (Maladies mentales). PÂPIN (Chirurgie générale).

R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
id.....	DUFOUR.	id.....	LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Ob-tétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Physique médicale.....	N.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie.....	N.
id.....	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
id.....	N.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Accouchements.....	RIVIÈRE.		
Ophtalmologie.....			MM. CABANNES (en congé).
Orttopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.
id.....	Clinique dentaire.....		DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA GRAND-MERE

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE R. PUCHEU

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Modeste témoignage de filiale reconnaissance. Hommage de respectueuse admiration et de profonde affection.

A MA FIANCEE

Votre image a illuminé les derniers mois de ma vie d'étudiant; votre pensée m'a soutenu dans ce dernier effort.

A notre amour, dont vous savez toute l'étendue, je dédie ce modeste travail.

A MES TANTES ET A MES ONCLES

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES MAITRES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

A TOUS MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CAVALIE

*Professeur de Clinique stomatologique et dentaire à la Faculté de Médecine
de Bordeaux,*

Officier de l'Instruction publique.

Qui n'a cessé de m'aider de ses conseils éclairés.

En témoignage de profonde gratitude
et de respectueux attachement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548415_0078

AVANT-PROPOS

Avant de quitter cette Faculté, nous tenons à accomplir nos derniers devoirs d'étudiant, devoirs de gratitude et de reconnaissance envers tous ceux, maîtres et amis, qui nous ont prodigué leurs conseils et leurs encouragements avec un inlassable dévouement.

Nous sommes heureux de remercier notre maître M. le Professeur Cavalié, tout d'abord parce qu'il nous a inspiré ce travail, et ensuite pour le bienveillant intérêt qu'en toutes circonstances il nous a porté. Nous le prions de vouloir bien accepter ici l'hommage de notre respectueuse, reconnaissante et profonde admiration.

Le Docteur Delguel, stomatologiste des hôpitaux, dont nous avons fréquenté le service pendant quatre ans, nous fit bénéficier des ressources de sa longue expérience. Nous profitons de cette occasion pour le remercier de l'enseignement pratique qu'il nous a donné et dont nous nous souviendrons durant notre future vie professionnelle.

Nous remercions également MM. les Professeurs Chavannaz, Bégouin, Petges, Portmann, Mauriac, pour l'enseignement magistral qu'ils nous ont donné pendant nos stages hospitaliers et dont nous craignons n'avoir pas assez profité.

Nous remercions enfin tous ceux qui nous ont prêté leur concours dans l'accomplissement de cette tâche : M. le Docteur Dubernard, stomatologiste des hôpitaux, qui n'a épargné ni son temps ni sa peine pour nous faciliter notre travail, ainsi que M. le Docteur Ginestet, directeur du Centre de stomatologie de la 18^e Région, à qui nous devons quelques observations intéressantes.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ADÉNITES GÉNIENNES
D'ORIGINE DENTAIRE

INTRODUCTION

Les ganglions géniens, longtemps méconnus, ont été l'objet d'études sérieuses de nombreux anatomistes et cliniciens. Leur présence, longtemps discutée à en juger par l'histoire anatomo-clinique des adénites géniennes, a trouvé enfin une solution par les travaux personnels du Professeur Princeteau en 1896. Depuis, tous les auteurs ont reconnu la fréquence relative de ces ganglions dans la joue et les manifestations cliniques qui en dérivent.

Nous ajoutons qu'une pathologie bucco-dentaire est presque toujours à la base de ces troubles géniens, et, nous étant spécialisé en odonto-stomatologie, nous nous sommes particulièrement intéressé à quelques cas que nous avons pu observer pendant nos stages hospitaliers.

Nous avons repris la question à sa base à cause des récentes controverses qui veulent que certains voient dans toutes les infections jugales des ganglions enflammés, alors que d'autres pensent simplement à des fusées purulentes d'origine dentaire.

Nous n'avons pas la prétention de faire une mise au point de la question, n'ayant pas assez d'expérience.

Nous désirons simplement reprendre une étude aussi complète que possible, tant au point de vue anatomique que clinique et thérapeutique.

L'étude anatomique des ganglions géniens et des lymphatiques de la cavité buccale a fait l'objet de nombreuses recherches. Les travaux de Princeteau dans notre Faculté, de Rouvière et Sassier à Paris, ont abouti à une mise au point qui paraît définitive à ce jour.

L'examen clinique, fort simple d'emblée, a pu prêter à de nombreuses erreurs. Nous verrons, dans un chapitre spécial, comment différencier les adénites géniennes vraies des pseudo-adénites, qui ne sont que des fusées purulentes, telles que l'abcès buccinato-maxillaire de Chompret et L'Hirondel.

Enfin, au point de vue thérapeutique, nous pourrions vérifier la valeur des différentes techniques employées dans le traitement des adénites aux stades successifs de leur évolution et confirmer en même temps un diagnostic de fausse ou vraie adénite génienne.

Nous présenterons pour terminer quelques observations personnelles d'adénites géniennes, qui, par leurs caractères anatomo-cliniques indiscutables, nous permettent de contrôler cliniquement les classifications proposées jusqu'à ce jour par les anatomistes (Vigier, Princeteau, Rouvière et Sassier).

Les observations d'adénites géniennes tuberculeuses sont rares, contrairement à ce que pensait Poncet, de Lyon. On les a parfois confondues avec des tuberculoses primitives de la joue non ganglionnaires. Nous leur réserverons un paragraphe spécial au diagnostic différentiel.

HISTORIQUE

L'histoire de la pathologie des ganglions lymphatiques de la joue est liée aux recherches anatomiques portant sur cette région. On a longtemps ignoré la présence de ces petits nodules lymphoïdes, noyés dans le tissu cellulaire de la joue et ne dépassant pas, à l'état normal, la grosseur d'une lentille. Certes, des formations analogues avaient été rencontrées, mais on les confondait volontiers avec les glandes salivaires, disséminées dans la joue et sans topographie précise.

Cependant, un anatomiste de la fin du XVIII^e siècle, Mascagni, dans son traité sur les vaisseaux lymphatiques, avait signalé des ganglions dans l'épaisseur de la joue.

En Angleterre, Cruikshank déclare que « parfois sur la face on trouve quelques ganglions lymphatiques ». Ensuite, pendant un siècle, on s'occupa très peu de la question. Les anatomistes signalaient parfois la présence d'un ganglion rencontré au cours d'une dissection portant sur la face et particulièrement dans la région des vaisseaux faciaux.

C'est à Bourguery et Jacob que nous devons la première description précise des ganglions géniaux.

Voici ce que disent ces auteurs sur les ganglions buccaux et sus-maxillaires : « En nombre irrégulier, deux, trois ou quatre, d'un petit volume, ils sont situés entre l'artère et la veine faciale, appliqués sur le buccinateur, et protégés en arrière par la saillie du masséter, et, en haut, par celle du grand zygomatique. Souvent, deux de ces ganglions sont placés plus bas sur l'os maxillaire inférieur entre le massé-

ter et le triangulaire des lèvres, intermédiaires entre les ganglions buccaux proprement dits et le chapelet sous-maxillaire. L'amas ganglionnaire buccal reçoit : 1° de la partie supérieure, les troncs lymphatiques faciaux et des rameaux génériens; 2° de ses parties latérales, des rameaux lymphatiques labiaux, mentonniers en dedans, et des rameaux massétériers en dehors. Inférieurement, ces ganglions se vident par plusieurs rameaux dans le chapelet sous-maxillaire, qui communique en dehors avec les rameaux parotidiens... »

Ces données anatomiques n'avaient pas encore attiré l'attention des cliniciens lorsque Poncet, de Lyon, soupçonna ces ganglions d'être le substratum anatomique de lésions jugales dont la nature et l'origine paraissaient inconnues. Ses élèves Vigier et Albertin confirmèrent l'hypothèse du maître et enrichirent par de nouvelles preuves anatomo-cliniques les connaissances purement anatomiques que les dissections précédentes avaient édifiées.

A partir de ce moment les travaux se sont multipliés sur la question. En 1899, Capette-Laulaine, dans sa thèse, inspirée par Princeteau, propose une nouvelle classification des ganglions génériens, établie à la suite de recherches sur le cadavre. Cet exposé topographique, différent de celui de Vigier, concorde avec les descriptions de Bourguery et Jacob. Des précisions nouvelles ont été apportées par Princeteau, et nous aurons l'occasion d'en exposer les détails dans un chapitre ultérieur.

Si, maintenant, nous nous plaçons à un point de vue purement clinique, il est facile de constater que, jusqu'ici, personne n'a parlé du rôle joué par les affections bucco-dentaires dans la pathologie des adénites génériennes.

Il faut attendre le début de ce siècle pour voir se dessiner les premiers essais de pathogénie tendant à placer ces affections au premier plan dans la production de ces adénites.

En 1901, le Docteur Lebedinsky fit part à la Société de stomatologie d'une communication concernant les adénites

gédiennes. L'auteur insista particulièrement sur l'origine dentaire de cette affection.

Quatre ans plus tard, Montès fit sa thèse, à Paris, sur le même sujet. Depuis, les observations et les communications se sont multipliées. Mais nous regrettons de n'avoir pu dégager de cette production scientifique une idée précise sur la fréquence des différentes causes des adénites. C'est que les auteurs se sont préoccupés surtout d'apporter, par leurs observations cliniques, des preuves nouvelles à l'existence des ganglions lymphatiques de la joue.

Nous ne saurions terminer ce bref exposé sans dire où en sont les faits au moment où nous nous occupons de la question. Actuellement, l'origine bucco-dentaire de certaines adénites gédiennes est généralement admise. Cependant, quelques auteurs ont protesté récemment contre toute exagération dans ce sens, et nous verrons, en effet, au chapitre du diagnostic différentiel, que d'autres causes peuvent intervenir dans la production de ces affections.

Le clinicien d'aujourd'hui devra s'inspirer des nombreux travaux déjà publiés afin d'assurer un diagnostic précis, qui commande une thérapeutique efficace. Dans tous les cas d'adénites gédiennes, cette thérapeutique sera toujours, par un moyen rétrospectif, la confirmation du diagnostic.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE ANATOMIQUE

Nous étudierons successivement l'appareil lymphoïde :

- 1° de la dent;
- 2° du ligament alvéolo-dentaire;
- 3° des gencives;
- 4° de la muqueuse jugale.

Nous terminerons par un rappel anatomique sur les ganglions géniens.

LYMPHATIQUES DES DENTS

Nous diviserons cet exposé en deux parties. Nous rappellerons dans un premier chapitre les recherches anatomiques qui ont été faites en particulier par Schweitzer sur la pulpe elle-même. Dans un second, nous discuterons le bien-fondé de certains travaux américains publiés récemment dans le *Dental Cosmos*, où les auteurs ont essayé d'expliquer une circulation de lymphe à travers les canalicules de la dentine.

1° Les premiers travaux importants tendant à prouver l'existence des lymphatiques dans la pulpe datent de 1907. A cette époque, un auteur allemand, Schweitzer, procède sur des dents d'homme et d'animaux à de nombreuses injections, dont nous rappelons brièvement la technique. Il injecte d'abord les vaisseaux sanguins avec une solution de carmin, puis les vaisseaux lymphatiques avec du liquide de Gérota. Sur les coupes le bleu de Prusse, qui est à la base de la solution de Gérota, se retrouve dans les vaisseaux pulpaire.

Après un grand nombre d'observations, l'auteur allemand déclare n'avoir rencontré des lymphatiques que dans quelques cas seulement.

Les expériences de Schweitzer ont été vivement discutées par Polya et Navratil. Ces auteurs prétendent que l'injection fusait facilement dans les tissus avoisinants et que certains lymphatiques ne seraient en réalité que des veinules dans lesquelles le liquide de Gérota serait passé.

En Amérique, Noyes et Dewey auraient fait des constatations analogues à celles du savant allemand.

Sassier, qui à injecté une trentaine de dents, n'a abouti à aucun résultat. Cependant, chez un sujet de 10 mois, décédé depuis peu, il a pu injecter une incisive supérieure et suivre un vaisseau lymphatique. Celui-ci traversait la muqueuse gingivale et, après un trajet compliqué, venait se perdre derrière la veine faciale. L'auteur émet un doute sur l'origine pulpaire de ce vaisseau, car, dit-il, « la gencive ayant été légèrement injectée, nous ne pouvons dire si le vaisseau lymphatique a son origine dans la pulpe de la dent injectée ou dans la partie attenante de la gencive ».

Il ressort de cet exposé qu'aucun des travaux qui ont été faits jusqu'à ce jour n'a abouti à des conclusions précises et définitives sur la présence de vaisseaux lymphatiques dans la pulpe dentaire. La difficulté de la technique, l'état des sujets, comme le dit Schweitzer lui-même, gênent considérablement l'expérimentateur. De plus, les tissus de la dent présentant des connexions intimes avec les tissus environnants, il devient difficile de prouver anatomiquement et cliniquement l'existence d'une circulation lymphatique intrapulpaire dont le débit serait assuré par l'apport de lymphé, provenant de la dentine elle-même. C'est cette dernière conception que nous allons exposer au paragraphe suivant.

2° *Existe-t-il dans la dentine une circulation lymphatique ?* — Nous rappelons brièvement la théorie émise récemment par Bödecker et Applebaum, de New-York, théorie qui essaie d'expliquer les échanges nutritifs au sein même de la dentine.

« La fibrille dentinaire, disent-ils, qui fait suite aux odontoblastes, ne remplit pas complètement la lumière du canalicule de Newmann. Nous ne pouvons pas en donner la preuve exacte, mais nous formons l'hypothèse que l'espace circumtubulaire existe pendant la vie et remplit une fonction physiologique définie.

» Cette hypothèse est celle d'un courant afférent et efférent de lymphé dans les canalicules de la dentine. Les fibrilles seraient plutôt des tubes que des fibrilles, la circulation

lymphatique s'expliquant plus facilement à travers des tubes qu'à travers des fibres. La lymphe passe à travers ces fibrilles en suivant une direction centrifuge. Une partie de la lymphe diffuse ainsi dans toute la dentine, grâce aux nombreuses ramifications des fibres de Torfnes. Le reste du fluide lymphatique passe dans l'espace de séparation dentine-émail et s'infiltré dans ce dernier. Cette partie de lymphe ne retourne sans doute pas à la pulpe, mais atteint les parties superficielles de la dent. Au contraire, celle qui passe par les ramifications latérales et qui traverse la dent retourne au système circulatoire après avoir déposé des sels minéraux. Elle revient aux tubes dentinaires en passant dans la gaine de Newmann, qui tapisse l'espace circumtubulaire. De là, par voie centripète, elle passe à la pulpe, où elle est prise par le système lymphatique. »

Cette conception des auteurs américains, bien que n'ayant aucune base expérimentale, paraît cependant satisfaire l'esprit. Elle explique en effet le mécanisme intime des variations dans la teneur en sels minéraux qu'une dent peut présenter même longtemps après son éruption. Il est classique, par exemple, d'attribuer à la gestation et à certaines maladies, telles que la tuberculose, une influence néfaste sur le squelette en général et particulièrement sur la denture. Cette influence est la conséquence d'une spoliation en sels minéraux que l'organisme puise dans les tissus particulièrement riches en chaux et en phosphates. La décalcification des dents, qui prennent alors une teinte bleutée, constitue chez l'adolescent et même l'adulte un excellent signe de pré-tuberculose. L'existence d'une circulation de fluides à travers la dentine peut seule expliquer ces phénomènes de nutrition ou de dénutrition.

Pour si ingénieuse que soit l'hypothèse des auteurs américains, elle n'en demeure pas moins une vue de l'esprit. Les fibres que Newmann a décrites le premier, et qui portent le nom de fibres de Tomes, sont considérées par tous les histologistes comme des prolongements cytoplasmiques des odontoblastes et non comme des tubes.

D'autre part, il n'est pas encore prouvé, comme le reconnaissent les auteurs eux-mêmes, que l'espace circumtubulaire existe pendant la vie. Il est au contraire universellement admis que le protoplasme, quel qu'il soit, subit immédiatement après la mort une rétraction notable. Les auteurs américains se servent de cet espace pour faire passer la lymphe éfférente, et par ce fait leurs explications paraissent tout à fait rationnelles.

Mais aucun fait expérimental, aucune observation histologique *in vivo*, ne sont venus porter une preuve solide et indispensable en faveur de ces notions purement théoriques.

La notion de courant, quel que soit le fluide circulant, implique comme condition indispensable une différence de pression entre deux points donnés. Bödecker et Applebaum prétendent que la différence de température entre le milieu buccal et les dents suffit à expliquer la circulation de lymphe à travers la dentine. Certes, cette différence est insignifiante, mais, vu le calibre microscopique des canalicules de Newmann, le principe du thermo-siphon peut encore trouver ici son application.

En définitive, le fait nouveau dans la théorie américaine consiste simplement dans l'existence de deux courants lymphatiques, utilisant chacun des voies physiologiquement et histologiquement distinctes.

Il nous paraît plus simple d'expliquer ces mêmes phénomènes d'échanges au sein de la dentine, en faisant appel aux notions générales qui président à la nutrition cellulaire.

Les odontoblastes, qui baignent librement dans un tissu très richement vascularisé, sont représentés au contact des couches de dentine même les plus éloignées de la pulpe par ce qui n'est qu'un prolongement d'eux-mêmes, à savoir les fibres de Tomes. Ces cellules, qui ne diffèrent des ostéoblastes que par leur situation excentrique par rapport à la substance sécrétée, ne perdent pas complètement leur fonction physiologique du moment où la dent a atteint sa forme et sa constitution définitives. Le protoplasma des odonto-

blastas, partie cellulaire et partie fibrillaire, est le siège d'échanges osmotiques à la fois dans la pulpe et dans la dentine. Les sels de chaux, qui constituent le principe chimique fondamental de la dentine, peuvent suivre, suivant les cas, par rapport à la pulpe, une voie centrifuge (calcification) ou centripète (décalcification). Il s'agit simplement d'une inversion des échanges osmotiques à travers le même milieu cytoplasmique. Cette inversion n'est-elle pas à la base de la physiologie de la nutrition cellulaire?

Pour terminer cette discussion, nous disons que la clinique ne nous a fourni aucun exemple d'infection lymphatique et particulièrement ganglionnaire, ayant pour point de départ une lésion soit de l'émail, soit de la dentine elle-même. Nous ne connaissons pas de cas d'adénite produite par des caries du premier et du deuxième degré, alors que la pulpe et le ligament sont intacts.

II

LYMPHATIQUES DU LIGAMENT ALVEOLO-DENTAIRE

La paroi alvéolaire, que Ranvier considère comme la « paroi d'un espace médullaire agrandi », est tapissée dans sa face interne par le ligament alvéolo-dentaire. Celui-ci, qui, pour certains auteurs, présiderait à la formation du ciment, au même titre qu'un périoste, ne prend aucune part, d'après Ranvier, à l'ossification de cette couche cémentaire.

Les fibres qui le constituent sont dirigées transversalement et obliquement, fixant ainsi la dent à la paroi alvéolaire. Au voisinage du sommet de la racine, ces fibres perdent leur individualité et se groupent en faisceaux, d'où la formation d'espaces tels que l'espace péri-apical de Black, qui représente le type le plus constant et le plus étendu. C'est à travers ces espaces et le tissu cellulo-conjonctif qu'ils renferment que vont cheminer les vaisseaux.

Très richement vascularisé, le ligament assure la nutrition d'une bonne partie de la dent. Les lymphatiques qui se rencontrent dans le ligament ne tardent pas à se perdre dans l'épaisseur de la gencive. Ils se confondent avec les lymphatiques de la muqueuse gingivale et aboutissent aux ganglions sous-maxillaires, à moins qu'un ou plusieurs ganglions génériens ne s'interposent sur leur passage.

Dans les cas d'adénites que nous avons observés, il semble que le point de départ de l'infection ganglionnaire se trouve au sein du ligament enflammé. Nous avons toujours trouvé à l'origine des arthrites suppurées, provenant elles-mêmes de caries pénétrantes des dents correspondantes

III

LYMPHATIQUES DES GENCVES

Les trajets lymphatiques et leurs aboutissants ganglionnaires varient à chaque mâchoire.

Nous en ferons une étude séparée et nous commencerons par le maxillaire supérieur.

Maxillaire supérieur.

Il existe un trajet constant, qui se présente au point d'injection sous la forme d'un réseau serré. Bien vite s'en détachent quelques troncs, qui pénètrent dans l'épaisseur de la joue. Avant de gagner la veine faciale, ces troncs lymphatiques passent au-dessus du buccinateur et longent la face externe de la capsule de la boule graisseuse de Bichat.

C'est en avant de la faciale que viennent se placer les lymphatiques venant des régions incisive, canine et prémolaire. En arrière de cette veine cheminent les vaisseaux qui drainent la lymphe des régions molaires.

Ces lymphatiques se jettent dans les ganglions sous-maxillaires, au niveau du bord inférieur de la mandibule, en avant des fibres du masséter.

Les ganglions prévasculaires reçoivent les lymphatiques des régions incisive, canine et prémolaire, que nous avons vus cheminer en avant de la veine faciale. Ceux de la région molaire aboutissent au ganglion rétrovasculaire et, dans un tiers des cas, dit Sassier, au ganglion rétroglandulaire (glande sous-maxillaire).

A côté de ce trajet constant, il a été observé une voie

inconstante. Sassier relate que « sur un sujet, les lymphatiques de la région molaire abandonnent, peu après la sortie de la muqueuse, la veine faciale, pour se porter plus en arrière. Ils croisaient les fibres du masséter, gagnaient le bord postérieur du maxillaire, puis la veine jugulaire externe. Ils remontaient avec elle jusqu'au pôle inférieur de la parotide, pour se terminer dans un des ganglions parotidiens inférieurs. Par contre, ajoute cet auteur, « nous n'avons jamais vu ces lymphatiques aboutir aux ganglions occipitaux ou s'interrompre dans les ganglions géniens, comme l'ont écrit certains ».

Maxillaire inférieur.

1° VOIE PRINCIPALE. — Une voie principale y est rencontrée constamment. Elle donne naissance à un réseau, qui se répartit sur deux plans : superficiel et profond.

a) Du *réseau superficiel* se détachent deux ou trois troncs, qui vont cheminer en dehors du maxillaire, en avant ou en arrière de la veine faciale. Ils se jettent dans les trois ganglions : prévasculaire, rétrovasculaire et préglandulaire, le ganglion rétroglandulaire n'étant injecté que dans la moitié des cas.

b) Le *réseau profond* s'engage entre les muscles génio-glosse et génio-hyoidien, et pénètre dans le ganglion préglandulaire au niveau de la face interne.

2° VOIES ACCESSOIRES. — Quatre voies accessoires ont été observées, avec une fréquence variable.

a) Les lymphatiques, provenant de la face antérieure de la région incisive, passent à travers les faisceaux de la houe du menton et donnent deux troncs principaux : le premier descend le long du bord inféro-interne du maxillaire et se termine dans le ganglion préglandulaire; l'autre s'anastomose avec le tronc du côté opposé. Le nouveau tronc formé vient aboutir à un ganglion sous-mental médian. Cette disposition se rencontre dans un tiers des cas environ.

b) Cependant, on peut trouver, dans la proportion de 8 p. 100, un trajet un peu différent. C'est ainsi que les vaisseaux lymphatiques de la gencive inférieure, correspondant aux molaires, prémolaires, incisives, canines, au lieu de se jeter dans les ganglions sous-mentaux ou sous-maxillaires, peuvent pénétrer dans le *ganglion génien* inférieur, dont nous préciserons plus loin la situation exacte.

c) Sur certains cadavres, l'injection portant dans la région des dernières molaires permet de suivre un tronc unique, qui suit la face postérieure de la faciale, arrive au-devant de la jugulaire externe et aboutit à l'un des ganglions parotidiens inférieurs.

d) Dans 8 p. 100 des cas, les lymphatiques correspondant aux régions molaire et prémolaire vont directement jusqu'aux ganglions de la chaîne jugulaire.

3° VOIE CROISÉE. — D'après Sassier, cette voie croisée n'existerait ni dans l'arcade supérieure ni dans l'arcade inférieure.

IV

LYMPHATIQUES DE LA MUQUEUSE JUGALE

L'étude anatomique des lymphatiques de la joue et des ganglions correspondants paraît sortir du plan que nous nous sommes proposé de suivre. Il n'en est rien, car les ganglions géniens reçoivent parfois des lymphatiques afférents venant de la joue. La connaissance de ces faits nous expliquera la formation de certaines adénites géniennes en dehors de toute cause dentaire.

1° De toutes les régions de la face, c'est au niveau de la joue que la disposition lymphatique est la plus constante.

Quels que soient les territoires injectés, les lymphatiques aboutissent toujours aux ganglions sous-maxillaires. Le fin réseau initial donne finalement deux troncs collecteurs qui sortent entre la boule de Bichat et le bord supérieur du buccinateur, atteignent les vaisseaux faciaux et descendent dans les ganglions sous-maxillaires.

2° VOIE PAROTIDIENNE. — A côté de cette disposition généralement rencontrée, on trouve dans un certain nombre de cas une organisation atypique. C'est ainsi que 8 fois sur 100 les lymphatiques venant de la muqueuse jugale cheminent horizontalement le long de la face externe du masséter et pénètrent dans l'un des ganglions parotidiens inférieurs sous-aponévrotiques, au niveau du pôle inférieur de la glande.

Des observations personnelles d'adénites parotidiennes d'origine dentaire permettent de confirmer ces données anatomiques.

Nous ne les signalerons pas, pour éviter de sortir du sujet que nous nous sommes proposé.

3° VOIE GÉNIENNE. — On a pu observer, dans la proportion de 2 p. 100 des cas, des lymphatiques venant, soit de la région commissurale, soit de la région moyenne de la muqueuse, se jeter, dès leur naissance, dans un ganglion génien inférieur ou massétéрин.

4° VOIE PRÉAURICULAIRE. — 2 fois sur 190 seulement les ganglions préauriculaires reçoivent les lymphatiques drainant la région la plus postérieure de la muqueuse jugale.

En résumé, dans tous ces cas atypiques, toutes les voies et tous les ganglions qui ont été rencontrés ne constituent que des dispositions supplémentaires, la chaîne sous-maxillaire restant le relai important et constant des lymphatiques de la joue.

ETUDE ANATOMIQUE DES GANGLIONS GENIENS

Nous avons vu dans l'historique que Mascagni le premier a trouvé des ganglions lymphatiques dans l'épaisseur de la joue. Mais c'est Poncet, de Lyon, qui fut l'instigateur des premiers travaux sérieux sur la question. Deux de ses élèves, Albertin et Vigier, publièrent une classification des ganglions géniens.

Ces auteurs les divisent en deux groupes :

1° Ganglions superficiels, qui comprennent :

- a) les ganglions masséterins;
- b) les ganglions commissuraux;
- c) les ganglions sous-orbitaires;

2° Ganglions profonds.

Ces derniers seraient situés sous l'aponévrose du buccinateur.

A cette classification, basée autant sur la clinique que sur des recherches anatomiques, Capette-Laplaine propose de lui substituer celle qu'a pu établir Princeteau à la suite de ses nombreuses dissections. Cette classification, que Bourgery et Jacob avaient déjà proposée et que Princeteau ne put que modifier, paraît définitive à ce jour quant à la topographie des ganglions. Par contre, la fréquence de ces différents groupes ganglionnaires et les chiffres proposés par Capette-Laplaine ont été récemment modifiés par Sassier.

Princeteau divise l'appareil ganglionnaire de la joue en trois groupes :

- a) Ganglions buccaux (buccinateurs);
- b) Ganglions sus-maxillaires;
- c) Ganglion infra-maxillaire.

(Voir figure p. 31.)

a) **GANGLIONS BUCCAUX.** — Ce groupe a été rencontré 10 fois sur 32 dissections, seul ou associé au groupe sus-maxillaire. Les ganglions présentent un volume variant depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un petit haricot. Leur forme est très variable, tantôt arrondie, tantôt discoïdale, tantôt fusiforme.

Jamais plus de deux, ces ganglions sont appliqués sur la face externe du muscle buccinateur et sur le bord antérieur de la veine faciale.

b) **GANGLIONS SUS-MAXILLAIRES.** — Ces ganglions, que Princeteau a rencontrés 14 fois sur 32 dissections, se trouvent situés sur la face externe de l'os maxillaire inférieur. Le plus souvent représenté par un seul ganglion, ce groupe en comprend dans quelques cas deux et exceptionnellement trois. Ils sont accolés contre la face antérieure de la veine faciale et rappellent par leur forme et leur volume les ganglions buccaux.

c) **GANGLION INFRA-MAXILLAIRE.** — Ce ganglion se trouve à cheval sur le bord inféro-externe du maxillaire inférieur. Il est, comme le dit Capette-Laplaine, « dans un équilibre instable par le fait de sa position et peut être ramené artificiellement à l'aide de la pression du doigt, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de l'os maxillaire ».

Ce ganglion de transition avait déjà été remarqué par Mascagni, mais c'est Princeteau qui le premier l'individualisa et lui donna son nom.

En résumé, cette classification, basée uniquement sur des données anatomiques, présente sur la précédente cette supériorité d'être plus précise. Les ganglions masséterins de

Vigier et Albertin paraissent correspondre aux ganglions buccaux et infra-maxillaire de Princeteau. Les ganglions



Dessin d'après Testut et Jacob montrant les principaux sièges que peuvent occuper les ganglions géniens.

1. Artère faciale.
2. Veine faciale.
3. Ganglions sus-maxillaires.
4. Ganglions infra-maxillaires.
5. Ganglions buccaux.
6. Parotide.
7. Masséter.
8. Canal de Sténon.
9. Buccinateur.

commissuraux que Vigier place au niveau de la partie moyenne d'une ligne allant de la commissure labiale au tragus, correspondent également à ceux que Capette-La-

plaine localise sur la face externe du muscle buccal ou buccinateur.

D'autre part, le Professeur Princeteau n'a jamais rencontré dans ses dissections les ganglions sous-orbitaires et malaïres que Vigier et Albertin n'ont observés que cliniquement.

Quant aux ganglions profonds que ces derniers auteurs localisent au-dessous de l'aponévrose profonde du buccinateur, ils n'ont été rencontrés par aucun anatomiste.

La fréquence des ganglions génïens évaluée par Princeteau à 50 p. 100 paraît exagérée depuis les travaux personnels du Docteur Sassier. Ce dernier ne les a rencontrés que 16 fois sur 210 dissections. Ce pourcentage semble correspondre aux cas cliniques que nous avons rencontrés.

En effet, sur un nombre considérable de malades contrôlés depuis deux ans grâce à la bienveillance de M. le Professeur Cavalié, nous n'avons pu recueillir qu'un nombre restreint d'observations d'adénites génïennes. Sans doute, ces preuves cliniques ne présentent pas la même garantie d'exactitude et de rigueur scientifique que les preuves anatomiques, car rien ne prouve, par la seule observation extérieure, qu'un processus inflammatoire d'origine dentaire n'est pas passé à côté de ces premiers relais ganglionnaires pour se rendre directement dans la chaîne des ganglions sous-maxillaires. D'autre part, les cas d'arthrites suppurées sans retentissement du côté des ganglions lymphatiques sont loin d'être des exceptions.

En définitive, seules des recherches minutieuses portant sur un nombre considérable de cadavres pourraient apporter une solution au problème encore incertain de la fréquence des ganglions lymphatiques de la joue. Nous nous proposons, dans un travail ultérieur, auquel nous pourrions consacrer plus de temps, de présenter sur la question une opinion personnelle.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE

Seront étudiés successivement :

- 1° l'étiologie;
- 2° l'anatomie pathologique;
- 3° la symptomatologie;
- 4° le diagnostic;
- 5° le traitement.

I

ETIOLOGIE

Le rappel anatomique étudié dans un chapitre précédent nous permettra de comprendre facilement l'origine des adénites géniennes. Nous pourrions dire que tous les territoires faciaux dont les lymphatiques aboutissent aux ganglions de la joue pourront donner dans certaines conditions pathologiques des adénites géniennes. Nous ne reviendrons pas là-dessus. Nous signalerons la plus grande fréquence à la suite des infections bucco-dentaires.

Les observations cliniques nous ont montré la rareté des adénites géniennes d'origine palpébrale, labiale et jugale. Seules les adénites géniennes d'origine dentaire nous intéressent dans ce sujet.

A la base de ces adénites se trouvent des infections banales, rarement spécifiques. Nous aurons toujours une flore microbienne aussi nombreuse que variée, comme dans la cavité buccale. Des examens répétés sont assez concluants. Cependant, nos recherches personnelles nous ont permis de retrouver dans les ganglions suppurés les mêmes microbes qu'au niveau des lésions occasionnelles (V. obs. I).

Ces lésions, qui intéressent à la fois la dent et l'articulation, sont le point de départ de la grande majorité des adénites géniennes. Nous ne connaissons pas de cas d'adénite ayant pour origine une carie aux deux premiers stades.

Les cas que nous avons pu observer et ceux que nous avons trouvés dans les observations déjà publiées correspondaient à des arthrites isolées ou multiples, provoquées elles-

mêmes par une carie pénétrante. Il semble donc qu'une atteinte du ligament soit indispensable à la genèse des adénites de la joue. Ceci n'est pas fait pour nous surprendre. Nous savons, en effet, que, malgré les travaux de Schweitzer, un doute plane encore sur l'existence des lymphatiques de la pulpe, et, d'autre part, nous connaissons la richesse du ligament en vaisseaux lymphatiques.

La carie du quatrième degré se complique toujours d'arthrite alvéolo-dentaire, qu'on trouve cliniquement à des stades divers. Si un traitement efficace n'intervient pas, elles évoluent vers l'arthrite suppurée. Ce sont ces dernières lésions qui provoquent les adénites géniennes. Mais nous nous empressons d'ajouter que toutes les arthrites suppurées ne donnent pas cette complication. La proportion des adénites est insignifiante par rapport à la fréquence très grande des arthrites suppurées. Ce fait peut s'expliquer : d'une part, par l'absence des ganglions, et, d'autre part, par l'augmentation et l'efficacité de la résistance locale du sujet.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. — Adénite aiguë.

Nous n'insisterons pas sur les lésions anatomo-pathologiques concernant les ganglions géniens enflammés, car ces lésions se retrouvent dans toutes les adénites.

Deux phases se succèdent dans l'évolution d'une adénite aiguë : c'est tout d'abord la congestion de l'organe et ensuite la suppuration. Ce deuxième stade peut faire défaut, et, dans ce cas, le ganglion reprend peu à peu son volume primitif. En période de congestion, cet organe augmente de volume et prend une coloration rouge foncé. Sa consistance est ferme et élastique.

L'examen microscopique montre une congestion intense. De nombreux leucocytes polynucléaires obstruent les voies lymphatiques intraganglionnaires. Les cellules des centres germinatifs présentent de nombreuses figures de mitoses. Si, à ce stade, le foyer infectieux continue à déverser dans la circulation lymphatique des germes pathogènes, on voit apparaître dans le ganglion des lésions d'inflammation chronique.

Le tissu conjonctif prend un développement anormal et un processus de sclérose s'installe.

Si la suppuration fait suite à cette période de congestion, le ganglion va présenter de nouveaux caractères macroscopiques et microscopiques. Il se ramollit et devient plus friable. La coupe montre des petits foyers de suppuration intraganglionnaires. C'est la fusion de ces foyers qui donnera naissance au gros abcès définitif. La poche de cette collection

purulente est constituée par la coque du ganglion refoulée, et, excentriquement, par un réticulum conjonctif qui circonscrit la lésion. Le ganglion ainsi ravagé a perdu à jamais, avec sa morphologie, ses fonctions physiologiques.

La réaction du tissu conjonctif périganglionnaire peut être plus ou moins intense. Dans tous les cas d'adénite aiguë il existe une zone de périadénite dont les phénomènes inflammatoires peuvent rester liés à ceux du ganglion lui-même, ou bien évoluer pour leur propre compte. Lorsque le ganglion est suppuré, le tissu cellulaire périganglionnaire échappe rarement au phénomène de suppuration. C'est ainsi que se constitue la périadénite suppurée, ou adéno-phlegmon, qui présente les caractères de l'abcès chaud banal. Il suffit d'un seul foyer de suppuration à l'intérieur du ganglion pour produire cet adéno-phlegmon.

B. — Adénites chroniques.

Les lésions anatomo-pathologiques des ganglions atteints par une infection chronique ne sont qu'une exagération des phénomènes déjà décrits à propos des adénites aiguës. L'organisme a réussi à limiter l'infection grâce à la formation d'un tissu de sclérose, qui résulte lui-même d'une transformation du tissu conjonctif. Le ganglion reste plus volumineux qu'à l'état normal et présente une consistance indurée. Il n'existe qu'une légère réaction de périadénite, de sorte que le ganglion est mobilisable et roule sur les plans sous-jacents.

Au microscope, on peut voir une disparition à peu près complète de la disposition folliculaire, due à la multiplication et à l'épaississement des bandes de tissu conjonctif qui, partant de la capsule, disséquent la partie lymphoïde de l'organe pour se substituer à elle.

Au point de vue bactériologique, on peut trouver dans le pus d'un ganglion tous les germes rencontrés habituellement dans les suppurations.

Dans l'observation I, nous donnons le résultat d'un examen bactériologique résultant d'un prélèvement de pus dans l'adénite. Dans ce cas, c'est un staphylocoque doré qui est seul en cause. L'aspect macroscopique et l'odeur parfois fétide du pus rencontré dans quelques cas d'adénite génienne nous prouvent que d'autres germes peuvent intervenir, soit seuls, soit, le plus souvent, associés. La fétidité du pus est due à la présence des anaérobies, qui, partis du foyer buccal, où ils pullulent, sont entraînés dans les lymphatiques et gagnent ainsi le ganglion.

III

SYMPTOMATOLOGIE

L'étude clinique des adénites géniennes nous paraîtra relativement simple étant donné les notions anatomiques exposées dans la première partie de cet ouvrage.

La joue, formant la paroi mobile de la cavité buccale, est d'une exploration des plus faciles. Les phénomènes surajoutés, purement dentaires, pourraient être une cause de gêne. Ils sont l'exception (Obs. VI et IX). Quoi qu'il en soit, il nous sera toujours facile de comparer avec le côté sain et de pratiquer un examen clinique toujours très précis.

Les formes d'adénites géniennes sont très variables, et, comme dans toutes les infections banales, nous aurons divers degrés. Nous trouverons des formes aiguës, subaiguës et chroniques. Nous examinerons ces différentes variétés avec le maximum de précision, en insistant surtout sur les formes subaiguës et chroniques, qui sont de beaucoup les plus fréquentes et qui ont donné lieu à des interprétations différentes.

L'adénite aiguë est en tout point comparable à l'abcès chaud de la joue. Son évolution rapide, l'empâtement considérable dû à une réaction de périadénite, ne permettront pas une localisation de la lésion, et, enfin, la concomitance de lésions dentaires aiguës, mettront vite sur la voie du diagnostic.

L'examen clinique des formes subaiguës est plus minutieux et exigera toute notre attention. Il en sera de même pour les adénites chroniques.

L'évolution de ces formes d'adénites subaiguës se fait en

deux temps : une première période, chaude et douloureuse; une deuxième, de ramollissement avec atténuation des phénomènes douloureux. Dans la première, nous aurons, en même temps que la coexistence des signes dentaires subaigus, des phénomènes douloureux suivis très rapidement de tuméfaction, dure, circonscrite, à siège variable et roulant sous le doigt.

Le palper bidigital nous permettra de constater un épaississement de la joue localisé strictement au ganglion. Le reste de la joue, souvent sensible, ne présente pas de modifications appréciables.

En même temps que ces signes physiques, le malade présentera une gêne fonctionnelle de la mastication et de la phonation. L'absence de signes généraux est la règle. Cette période est d'une durée variable. Si le malade est traité au début, la régression est presque toujours constante, sinon on assiste à l'évolution vers la période de ramollissement.

A cette dernière période nous trouvons tous les signes de l'adénite chronique suppurée, et l'observation clinique permet de constater une tendance spontanée à la fistulisation.

L'examen est très simple : l'inspection nous permettra de voir une tuméfaction d'un volume variant de celui d'une noisette à celui d'un œuf de pigeon. A ce moment apparaissent des modifications progressives de la couleur de la peau, avec chute des poils. Ces phénomènes seront exposés en détail dans les observations.

L'examen de la bouche nous fournira des signes d'inflammation alvéolo-dentaire marqués.

Peu ou pas de modifications de la muqueuse jugale.

La palpation extérieure nous permettra de sentir de la fluctuation et la mollesse des tissus superficiels.

La palpation bidigitale donne la sensation d'une masse indurée, reliée le plus souvent à la lésion occasionnelle par un tractus fibreux, que M. Lebedinsky a nommé « queue de l'adénite ».

En résumé, cette période de ramollissement sera caracté-

risée par des signes très nets. Nous trouverons une tuméfaction molle, fluctuante, avec modification de la peau, reposant sur une base indurée. La ponction avec une grosse aiguille permettra de découvrir du pus à ce niveau.

Cette tuméfaction est en général unique et ne s'accompagne pas d'adénopathie sous-maxillaire.

Après un traitement approprié, la lésion peut disparaître complètement ou laisser un petit noyau de sclérose, qui permettra de porter un diagnostic rétrospectif d'adénite génienne.

L'adénite chronique d'emblée a une évolution insidieuse pouvant passer inaperçue pendant longtemps.

Elle ne provoque aucun trouble fonctionnel. Les signes physiques vont en progressant. Le malade perçoit cependant une nodosité dans l'épaisseur de la joue, à laquelle d'ailleurs il n'attache généralement pas d'importance. Ce n'est que tardivement, lorsque le ganglion a atteint un certain volume, qu'il vient consulter.

A ce moment, l'examen montre à la palpation un nodule dur, roulant sous le doigt, indolore, adhérent à la peau et à siège variable, comme nous le verrons dans les formes anatomiques.

Un clinicien averti devra faire un examen buccal complet, suivi d'examen radiographique dentaire, pour essayer de découvrir des lésions périapicales et d'arthrites chroniques suppurées pouvant passer inaperçues à un examen trop superficiel.

L'existence de périapexite chronique marquée commandera une intervention qui viendra à bout de ces adénites. Si un traitement efficace est appliqué en temps voulu, on assistera à une résorption lente et progressive de ce nodule jugal. Si, par contre, aucune thérapeutique appropriée n'est appliquée, nous verrons évoluer ce ganglion, qui continuera à augmenter de volume et arrivera finalement à une période de ramollissement en tout point comparable à celle décrite à propos des adénites géniennes subaiguës.

Étant donné ces notions cliniques sur l'évolution des adé-

nites géniennes, nous serions incomplet si nous ne signalions pas les différentes formes anatomiques. Un rappel succinct nous permettra de mieux comprendre ces localisations.

Nous avons déjà vu qu'il existait des sièges anatomiques de prédilection pour ces ganglions, au nombre de trois.

Nous aurons donc des adénites sus-maxillaires, qui pourront être aiguës, subaiguës ou chroniques; des adénites buccinatrices ou buccales, et enfin infra-maxillaires.

L'adénite sus-maxillaire est de beaucoup la plus fréquente. On la rencontre dans la proportion de 70 p. 100. Les signes cliniques apparaissent à hauteur de la partie moyenne de la branche horizontale, au niveau du bord antérieur du masséter.

L'adénite buccale ou buccinatrice, la plus fréquente après la précédente, siège plus profondément dans la joue et de ce fait ne s'extériorise que plus tard. Elle donne lieu à des manifestations anatomo-cliniques qui ont pour siège le milieu d'une ligne réunissant le tragus à la commissure labiale.

Enfin, les adénites infra-maxillaires, de beaucoup les moins fréquentes, ont un siège que nous avons précisé au chapitre d'anatomie. Du fait de leur localisation intermédiaire elles peuvent donner le change pour une adénopathie sous-maxillaire.

IV

DIAGNOSTIC

A. — Diagnostic positif.

Les signes cliniques que nous avons décrits vont nous permettre de faire un diagnostic positif. Nous avons remarqué cependant que nombreux sont les cliniciens avertis qui laissent passer un diagnostic d'adénite génienne, alors qu'une simple réflexion les aurait dirigés dans la bonne voie. Il suffit d'y penser tant la symptomatologie est simple.

Elle sera fondée sur la localisation des lésions coïncidant avec les données anatomiques que nous connaissons, sur l'évolution en tout point comparable aux autres adénites, sur un état bucco-dentaire déficient, enfin sur la ponction, déjà signalée, qui permet de retirer du pus et d'en étudier la nature. Des examens radiographiques complémentaires pourront dans certains cas obscurs ajouter une lumière aux faits cliniques observés. Cependant, il faut ajouter qu'il est des affections rares qui peuvent parfois être confondues avec des adénites géniennes. Ces affections peuvent rester dans le cadre de la stomatologie ou dépendre de maladies spécifiques, qui sont du domaine de la médecine générale.

B. — Diagnostic différentiel.

Nous éliminerons facilement les abcès de la joue ou cellulites diffuses, particulièrement graves, mais heureusement rares. L'état général, la diffusion des lésions, la prise en

masse de la joue, nous feront porter le diagnostic de cellulite aiguë.

Les complications inflammatoires survenant au cours des accidents de dent de sagesse inférieure, tel que l'abcès buccinato-maxillaire de Chompret et L'Hirondel, ont un siège profond et évoluent le long du vestibule avant de s'ouvrir à la peau.

Le diagnostic sera parfois plus difficile avec des noyaux d'actinomycose aiguë. Seuls les antécédents, la ponction ou l'incision, les grains jaunes et les cristaux de cholestérine, enfin la marche envahissante, nous permettront d'éliminer une adénite génienne en faveur d'une actinomycose.

Une gomme sporotrichosique siégeant sur la joue pourrait être confondue avec un ganglion génien enflammé, mais l'adénite est douloureuse et n'est pas influencée par les iodures.

Nous éliminerons facilement le diagnostic de lithiasé salivaire du canal de Stenon. Les signes parotidiens : augmentation de volume au cours des repas, coliques salivaires, hyposécrétion, nous feront prévoir des accidents aigus toujours possibles et fréquents.

Le diagnostic des adénites géniennes avec de petits kystes sébacés enflammés sera parfois difficile. Dans le cas de kyste, un interrogatoire serré nous apprendra l'existence d'un noyau très ancien et indolore. La ponction ramènera parfois du caséum. Il manque d'ailleurs les signes bucco-dentaires et particulièrement la traînée de lymphangite qui sert de trait d'union entre la lésion jugale et la lésion alvéolo-dentaire.

Les adénites géniennes cancéreuses évoluent comme une adénite chronique d'emblée : pas de douleurs, pas de signes généraux, perception au palper d'un nodule dur, roulant sous le doigt. La présence d'un épithélioma siégeant sur les lèvres, sur les joues ou sur les paupières donnera la preuve clinique que l'adénopathie est d'origine néoplasique et non inflammatoire. Le diagnostic se compliquera si le cancer

est enflammé et s'il coexiste des lésions dentaires telles qu'une arthrite suppurée. Dans les deux cas et devant la gravité des cancers de la face, la thérapeutique consistera essentiellement dans l'exérèse du néoplasme et des territoires ganglionnaires correspondants. La recherche des responsabilités réciproques du cancer et de la lésion bucco-dentaire dans la formation de l'adénite importe peu, le traitement restant le même.

Dans le cas d'adénite à la période de ramollissement ou de fistulisation, le diagnostic sera parfois difficile avec les mycoses, les gommes cutanées tuberculeuses, les gommes syphilitiques, les abcès chroniques de la joue.

Les mycoses se différencient facilement par leur spécificité clinique, à savoir : l'évolution lente, les paillettes de cholestérine, aucune tendance à la guérison spontanée, et surtout par le traitement à l'iodure de potassium, qui les fait régresser rapidement alors qu'il reste sans influence sur les adénites géniennes d'origine dentaire.

La gomme tuberculeuse cutanée peut prêter souvent à confusion, et nombreux sont les auteurs qui ont voulu voir dans les adénites géniennes des lésions tuberculeuses. Les observations sont très rares et les thérapeutiques appropriées ont toujours amené une guérison des adénites géniennes, alors que dans les lésions tuberculeuses elles sont restées inefficaces.

Les adénites tuberculeuses sont rarement isolées. Plus souvent, c'est tout un territoire ganglionnaire qui est atteint. Il n'en est pas de même des adénites à germes banaux d'origine bucco-dentaire, qui, dans l'immense majorité des cas, n'intéressent qu'un seul ganglion. Les antécédents du sujet seront ici d'une grande utilité.

La gomme syphilitique, très rare également, présente tous les caractères cliniques des gommes cutanées. Elle forme une masse dure, qui aboutit au ramollissement chez des sujets mal traités ou non traités. Elle n'est pas unique et peut prêter difficilement à confusion.

Un diagnostic important reste à faire d'avec les adénites géniennes, c'est celui des fistules alvéolo-dentaires. Celles-ci, à siège unique ou multiple, sont toujours en rapport avec des lésions alvéolaires marquées. Leur trajet est plus ou moins long et leur orifice externe caractéristique. L'écoulement de pus est peu important mais continu, la rétraction de la fistule, son adhérence aux tissus voisins et des épreuves telles que l'injection de lipiodol permettent de faire le diagnostic.

En résumé, nous avons vu que les affections qui peuvent donner le change pour une adénite génienne sont nombreuses. Dans tous les cas énumérés dans ce chapitre, le diagnostic de la lésion elle-même ou de son étiologie est assez facile. Cependant, si les moyens purement cliniques sont insuffisants, le laboratoire pourra apporter un secours précieux. Enfin, dans quelques cas particulièrement difficiles, l'épreuve du traitement sera le moyen de diagnostic le plus sûr.

TRAITEMENT

Deux cas sont à considérer dans le traitement des adénites génieuses suivant la date d'apparition des lésions inflammatoires et leur marche plus ou moins rapide. Le praticien aura à intervenir séparément ou simultanément sur la lésion jugale et sur la lésion occasionnelle.

Dans le premier cas, il s'agit d'une adénite chronique s'étant développée d'emblée ou ayant succédé à une adénite aiguë. C'est en général une petite tumeur presque indolore, une petite boule dure qui roule sous la peau et qui grossit lentement. Il n'existe pas de réaction de périadénite ni de suppuration intra-ganglionnaire. Lorsque toutes ces conditions se trouvent réunies, on peut espérer encore la disparition du processus inflammatoire par le seul traitement de la cause (V. obs. III).

L'étude de l'étiologie nous a montré qu'il s'agissait dans 90 p. 100 des cas d'arthrite alvéolo-dentaire suppurée. Dans 10 p. 100 des cas nous aurons affaire à des évolutions dentaires défectueuses, avec lésions de péri coronarite ou de gingo-stomatite. Il s'ensuit qu'une thérapeutique immédiate sera toujours efficace.

Dans le cas d'arthrite alvéolo-dentaire suppurée unique ou multiple, nous pratiquerons sous anesthésie locale ou loco-régionale les avulsions dentaires, suivies de curettage alvéolaire sérieux. Parfois, ce curettage est insuffisant; dans ce cas, des applications de caustiques tels que le chlorure de zinc détruisent les fongosités restantes.

Les suites opératoires sont généralement bonnes, et on

assiste dans les cas heureux à la régression rapide des adénites géniennes.

Ce traitement étiologique d'emblée, sans s'occuper du ganglion enflammé, est inspiré par le souci d'éviter au patient une opération inesthétique sur la face. L'ablation chirurgicale d'un ganglion du volume d'une noisette laisse une cicatrice persistante, qui peut devenir rétractile et troubler l'harmonie des traits, modifiant ainsi la physionomie du sujet. Il faut, chaque fois que cela est possible, éviter de pareilles mutilations. On peut toujours intervenir secondairement sur le ganglion si le traitement étiologique employé le premier a échoué.

Cette méthode, qu'on pourrait appeler conservatrice, donne de moins bons résultats dans les adénites chroniques que dans les adénites aiguës avant la période de suppuration. C'est qu'en effet le ganglion, qui a subi depuis longtemps des attaques répétées, s'est organisé pour la défense et peu à peu a perdu ses propriétés d'organe lymphoïde pour devenir une masse de tissu conjonctif et fibreux. La régression spontanée de ces tissus néoformés est très difficile, sinon impossible, même après suppression de la cause.

C'est dans ces cas qu'il faudra procéder à l'ablation du ganglion. S'il n'existe pas de périadénite la seule exérèse du ganglion suffit. Il est inutile de faire un curettage. Cette manœuvre serait même dangereuse, car on risquerait de disséminer des germes dans le tissu cellulaire environnant.

L'incision cutanée ne doit pas être faite au hasard. Pour des raisons esthétiques, il faut diriger la ligne d'incision parallèlement aux sillons naturels de la peau. Si nous avons affaire à une adénite buccale ou buccinatrice, le tracé de l'incision sera parallèle au sillon naso-génien et comme lui un peu concave en dedans.

Dans le cas d'adénite sus-maxillaire, il sera parallèle au bord inférieur du maxillaire inférieur.

C'est seulement dans les adénites infra-maxillaires qu'il sera le plus dissimulé. L'incision étant pratiquée au point

le plus déclive, la cicatrice débordera en bas et en dedans le bord inféro-externe de la mandibule.

Dans les cas de grosses adénites chroniques, il faut s'occuper d'abord du ganglion; le traitement étiologique se fera à une époque ultérieure.

Le deuxième cas le plus fréquemment rencontré en clinique est celui de l'adénite aiguë. Il faut distinguer dans ce groupe les adénites aiguës simples, sans participation des tissus qui entourent le ganglion enflammé, et les adénites avec atteinte du tissu cellulo-grasieux environnant.

Dans le cas d'adénite aiguë simple, sans périadénite, le traitement étiologique, pratiqué le premier et très vite après l'apparition des phénomènes jugaux, donne, dans la grande majorité des cas, des résultats excellents. On voit s'atténuer peu à peu les phénomènes douloureux et inflammatoires dont le ganglion génien est le siège, et tout rentre dans l'ordre sans qu'on soit obligé de pratiquer l'incision cutanée. Le souci d'éviter la cicatrice de la joue doit être la principale préoccupation du stomatologiste. C'est grâce à une intervention rapide et méthodique sur la lésion bucco-dentaire qu'il parviendra à arrêter la marche d'une adénite aiguë n'ayant pas encore atteint le stade de suppuration.

Si l'adénite aiguë domine la scène à cause de l'intensité des phénomènes inflammatoires et particulièrement de la tuméfaction et de la douleur, le traitement étiologique est à rejeter, du moins momentanément.

Il s'agit en général d'un gros ganglion à contours bien précis, douloureux et fluctuant. Dans ce cas, après ponction du pus, on peut injecter des liquides modificateurs. Cette injection ne doit pas être pratiquée s'il existe une réaction de périadénite, car elle provoquerait à coup sûr une extension rapide et dangereuse des lésions.

Ce traitement est uniquement réservé aux grosses adénites, sans réaction périganglionnaire. S'il existe de la périadénite, il faut pratiquer la cure radicale du ganglion. Ce dernier est en partie détruit, et les débris de l'ancien organe lymphoïde

constituent un pus caséeux, rarement fétide. Après l'évacuation de ce pus, un curettage est nécessaire pour ouvrir et vider les abcès secondaires. Ceux-ci pourraient évoluer pour leur propre compte si cette manœuvre n'était pas appliquée systématiquement. Ce curettage sera fait avec une curette moyenne, bien tranchante. Il faut le pratiquer avec prudence, afin de ne pas léser les vaisseaux faciaux, avec lesquels les ganglions géniens sont en rapport direct. Un tamponnement de la cavité au chlorure de zinc en solution au dixième sera parfois nécessaire pour cautériser les fongosités restantes. Le drainage est assuré dans les vingt-quatre heures qui suivent l'intervention soit par des mèches, soit par un drain de caoutchouc. Si tous les clapiers ont été ouverts et mis en communication avec l'extérieur, la cicatrisation s'opère rapidement.

En résumé, le traitement des adénites géniennes comporte deux actes opératoires : il faut traiter la cause et l'adénite proprement dite. Dans les cas d'adénites diagnostiquées précocement et ne s'accompagnant pas de phénomènes inflammatoires importants, c'est à la lésion bucco-dentaire que le praticien devra s'attaquer d'abord.

Si l'adénite a été diagnostiquée trop tard, de sorte que le traitement étiologique ne suffit plus à amener sa régression spontanée, il faut s'occuper, suivant l'intensité de l'adénite, soit du ganglion lui-même, soit du ganglion et de la lésion buccale. Le processus adénite est-il le phénomène dominant, c'est contre lui que sera dirigée la thérapeutique. Dans les cas moins graves, le praticien pourra traiter en même temps et l'adénite et la lésion occasionnelle.

Enfin, dans la cure radicale de l'adénite, l'exérèse simple du ganglion enflammé est limitée aux cas où il n'existe pas de réaction périganglionnaire. S'il existe autour du ganglion une zone de périadénite, le curettage est le moyen le plus sûr d'éviter une récurrence ou un retard de cicatrisation. Une cicatrice vicieuse et inesthétique est l'aboutissant presque fatal d'une opération incomplète.

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle).

Mlle R..., employée, 23 ans, se présente fin novembre 1932 à la consultation du service de stomatologie de l'Hôpital Saint-André, parce qu'elle souffre au niveau de la première prémolaire supérieure droite. Cette dent, qui présentait une carie pénétrante, est extraite le jour même. Les suites furent normales, mais, un mois après, la douleur se réveilla au niveau de l'alvéole de D⁴, qui ne s'était pas refermée. En trois jours, la malade vit se développer une fluxion de la joue droite pendant que du pus se collectait au niveau de la portion apicale de D⁴. L'abcès incisé, les douleurs disparurent, ainsi que l'œdème de la joue. Cependant, la malade constata au milieu de sa joue droite la présence d'une nodosité arrondie, grosse comme une noisette et de couleur rouge violacé. La malade resta quelques jours ainsi, mais la persistance de cette tumeur et l'apparition de nouvelles douleurs au niveau de D⁴ l'amènèrent à consulter de nouveau.

C'est à ce moment que nous avons examiné cette jeune femme pour la première fois. L'examen de la cavité buccale montrait au niveau de D⁴ une muqueuse légèrement enflammée, plus rouge et à peu près indolore à la pression. En pressant dans cette région, le doigt faisait sourdre une goutte de pus, qui s'écoulait par l'alvéole resté ouvert. La malade se plaignait seulement de douleurs sourdes, apparaissant spontanément, mais qui ne l'empêchaient pas de vaquer à ses occupations.

La palpation de la portion correspondante du vestibule donnait

au doigt la sensation d'une petite masse allongée transversalement et comblant le fond du sillon vestibulaire. Cette masse semblait avoir pour origine la région apicale de D⁴, et, en la suivant depuis cet endroit, on pouvait la sentir se perdre dans la profondeur de la joue, au niveau de la tuméfaction dont nous avons parlé plus haut.

L'examen complémentaire de la denture permet de découvrir au niveau de G³ une carie du quatrième degré à évolution torpide et sans réaction notable du côté de l'alvéole. Au maxillaire inférieur, nous n'avons pas observé de lésions dentaires.

Au niveau de la joue, on voit la grosseur qui, un mois auparavant, avait fait suite à une fluxion et dont l'histoire nous a été racontée par la malade elle-même. Située un peu au-dessus et à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs d'une ligne réunissant le tragus à la commissure labiale, la lésion fait une saillie arrondie sur la peau. Ses dimensions rappellent celles d'une pièce de 50 centimes, et la coloration rougeâtre, plus foncée au centre, s'estompe insensiblement sur les bords.

La palpation, à peine sensible, nous renseigne d'abord sur la consistance de cette tumeur. Dure dans son ensemble, elle se ramollit vers le centre, au point de donner à cet endroit une légère sensation de fluctuation. De plus, en saisissant entre le pouce et l'index cette petite boule, grosse comme une noisette, on est frappé par ce fait qu'elle adhère intimement à la peau et qu'elle roule sur les plans profonds.

Il n'existe pas de ganglions sous-maxillaires et cervicaux.

Le lendemain de ce premier examen, nous avons pratiqué une ponction au centre de la lésion, qui a ramené une goutte de pus jaunâtre, épais et non fétide. De même, au niveau du fond de l'alvéole de D⁴, préalablement isolé et protégé, nous avons prélevé de la sérosité purulente obtenue par pression de la région apicale. Les frottis et lesensemencements sur gélose dont les souches avaient été prélevées, d'une part, au niveau de la lésion jugale, et, d'autre part, au niveau du foyer de suppuration alvéolaire, donnent le même résultat. L'agent pathogène rencontré était un staphylocoque doré. Aucune colonie d'espèces différentes n'avait poussé à côté de lui.



Obs. I. — Valérie Gérienne, vaccinatrice



Obs. I. — Photo prise 1 mois après l'intervention.

Sur les renseignements fournis par la malade, nous avons soupçonné la présence au fond de l'alvéole de D⁴ de séquestres radiculaires. Une radiographie de la région justifia nos soupçons en nous montrant la racine vestibulaire fracturée au niveau de son tiers supérieur, ainsi que la palatine, dont il ne restait que l'apex.

Ainsi, les résultats fournis par le laboratoire et la radiographie viennent renforcer l'hypothèse à laquelle l'examen clinique nous avait déjà fait penser, à savoir : la continuité des lésions bucco-dentaire et jugale et la relation de cause à effet entre la suppuration au niveau de l'alvéole et la tuméfaction circonscrite de la joue.

Restait l'épreuve du traitement qui fut appliqué le 24 du même mois, c'est-à-dire trois jours après la première consultation : Après avoir débarrassé l'alvéole de ses deux séquestres radiculaires, nous avons enlevé au moyen d'une petite curette les portions osseuses atteintes par le processus inflammatoire. Un badigeonnage de la cavité au chlorure de zinc au dixième termina cette courte intervention. Nous n'avons pas touché à la lésion jugale.

A partir de ce jour, cette tuméfaction régressa, parallèlement à la fermeture et à la cicatrisation de la plaie gingivo-alvéolaire. La deuxième photographie, prise un mois après l'intervention, montre la guérison complète de cette lésion, dont nous avons commenté la nature et la pathogénie au chapitre des signes cliniques des adénites géniennes.

OBSERVATION II (Personnelle).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur CAVALIER.)

Mlle L..., 14 ans, domestique, est amenée à consulter à la Clinique dentaire, le 18 mars 1933, par des douleurs ressenties au niveau de la première grosse molaire supérieure gauche. Cette dent est extraite aussitôt et un examen complémentaire de la denture révèle la présence de nombreuses caries pénétrantes, particulièrement au niveau de g⁶, d⁶, D⁶. En examinant ces dents une par une, on croit que les lésions les plus avancées intéressent la dent

de six ans inférieure droite. Les deux racines, réunies encore par une mince lame de dentine, sont à demi recouvertes par des bourgeons inflammatoires résultant d'une prolifération de la gencive avoisinante. La douleur, qui n'existe pas spontanément, est réveillée par une pression exercée dans le sens vertical au moyen du miroir, qui appuie sur les racines.

Le ligament alvéolo-dentaire participe à l'inflammation, et des mouvements de latéralité exercés sur les deux racines font sourdre un peu de pus.

Le vestibule présente une voussure au niveau de d_6 .

Si maintenant nous jetons un coup d'œil général sur la région faciale, notre attention est attirée par la présence d'une petite surélévation au niveau de la joue droite. Un examen plus attentif nous permettra d'en préciser les caractères et la situation (V. cliché n° 3).

Placée au milieu de la branche horizontale du maxillaire inférieure, à mi-distance de son bord supérieur et du bord inférieur, cette nodosité rougeâtre nous donne au palper la sensation d'une masse indurée, faisant corps avec la peau et absolument indépendante de l'os quant à la mobilité. Pas de fluctuation, pas de douleurs ni spontanées ni provoquées.

Autour de la masse centrale, qui présente le volume d'un gros pois, existe une zone moins indurée, concentrique à la première. Les antécédents nous permettent de faire remonter le début de cette tuméfaction à deux mois environ. Son apparition coïncidait avec des douleurs légères au niveau de d_6 . La lésion mit huit jours pour se constituer et atteindre le volume qui, depuis, est resté stationnaire. Une légère fluxion de la joue droite avait précédé de trois jours la formation de cette petite masse indurée.

Un cliché radiographique du maxillaire inférieur du côté droit révèle une tache sombre assez étendue, enveloppant les deux racines de d_6 jusqu'à leur tiers supérieur. Le septum osseux interradiculaire est atteint par ce processus d'ostéite raréfiante. Les deux zones sombres qui coiffent les apex de d_7 ne doivent pas être interprétées comme des lésions inflammatoires, car cette dent ne présente qu'une carie minime du deuxième degré, sans phéno-



Obs. II. — Adénite génienne sus-maxillaire.

mènes de pulpite ni d'arthrite. Il semble, si l'on tient compte du jeune âge du sujet, qu'il s'agit plutôt de deux apex en voie de formation.

Enfin, l'examen des ganglions sous-maxillaires s'est montré négatif.

Le lendemain de notre examen, nous avons extrait les deux racines de d_6 . L'exploration au stylet de la région périapicale correspondant à la racine distale nous fit découvrir un orifice osseux au fond de l'alvéole, mettant celui-ci en communication avec le périoste et la partie vestibulaire de la gencive. Cette intervention a été suivie d'un curettage alvéolaire, de lavages antiseptiques sous pression, et enfin, de cautérisations au chlorure de zinc au dixième.

Aucune intervention n'a été faite sur la joue.

La malade, convoquée trois semaines après, suivait avec satisfaction la régression progressive de sa grosseur, que seul, maintenant, le palper pouvait percevoir.

Nous n'avons plus revu cette jeune fille, qui d'ailleurs ne devait se présenter à la consultation qu'en cas de persistance ou de récurrence de la lésion.

OBSERVATION III (Personnelle).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur CAVALIÉ.)

M..., 26 ans, manoeuvre, se présente à la consultation de la Clinique dentaire, le mercredi 24 mai, pour une tuméfaction de la joue gauche.

Le malade se souvient qu'il y a un an une fluxion s'était développée sur sa joue gauche, fluxion paraissant d'origine dentaire, car, dit-il, elle apparut rapidement à la suite de douleurs ressenties au niveau de g_6 . Cette inflammation diffuse de la joue atteignit son maximum en une journée, puis régresa aussi rapidement qu'elle était venue. Après cet épisode inflammatoire, il subsista au niveau du bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche une petite grosseur décelable uniquement à la

palpation, qui était indolore et roulait sur le plan osseux. Aucune intervention ne fut faite sur la denture à cette époque.

Puis, de nouvelles fluxions se reformèrent à intervalles de temps plus ou moins variables, sans que le malade se fît soigner. La nodosité persistait, sans changer notablement de volume.

A ce moment nous avons pu voir une masse ronde, du volume d'une grosse noix, située au tiers postérieur du bord inféro-externe de la branche horizontale gauche, de sorte que la moitié inférieure de la tumeur débordait en bas de 1 cm. 1/2 le bord inférieur de la mâchoire (V. photo n° 4).

La couleur, rouge sombre, est homogène sur toute la masse.

La palpation réveille une légère douleur et permet de percevoir une fluctuation nette. Tout autour, induration de la joue, formant un collier de 1 centimètre de large et entourant la tumeur fluctuante.

En palpant les loges sous-maxillaires et la région carotidienne des deux côtés, de même que la joue droite, on ne sent aucune masse ganglionnaire.

L'examen de la cavité buccale nous révèle de nombreuses lésions portant sur la denture. A gauche et en bas, nous voyons les deux racines de g_6 isolées l'une de l'autre et encerclées par une gencive un peu tuméfiée. Du pus s'écoule en très petite quantité et la pression verticale ne réveille pas de douleur appréciable. Il s'agit d'une arthrite chronique suppurée intéressant les deux racines. A droite, d_4 , d_5 , d_6 , d_7 présentent des lésions importantes, avec légère suppuration articulaire.

Au maxillaire supérieur G_6 ressemble à son antagoniste inférieur. Les deux racines sont séparées, mais ici le processus suppuratif est moins marqué.

Les vestibules sont normaux, sauf l'inférieur gauche, qui est soulevé par une masse œdémateuse au niveau de g_6 . Cette masse paraît servir de trait d'union entre cette dent et la tuméfaction jugale.

Une incision de 2 centimètres est pratiquée au point déclive, par laquelle s'écoule un pus épais, grumeleux, jaunâtre. Un drain est resté à demeure jusqu'au lendemain.



Obs. III — Adénite chronique inflammatoire.



Obs. III — Photographie prise un mois après l'intervention.



Obs. IV. — Adénite génienne sus-maxillaire.

Trois jours après, nous procédons à l'extraction de g_6 . A son niveau, la table externe de l'alvéole de la racine mésiale n'existe pas. Le stylet transmet une sensation de tissu lardacé que nous avons cureté. La plaie intérieure résultant du curettage du maxillaire se referma dans les trois jours qui suivirent l'intervention. De la lésion externe il ne restait plus, un mois après, que la trace de l'incision encore visible sur le deuxième cliché (V. photo n° 2).

OBSERVATION IV (Personnelle).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GINESTET.)

D..., 21 ans, soldat, est envoyé à la consultation du centre de stomatologie parce qu'une tuméfaction s'est développée sur sa joue, au niveau du bord inférieur de la mâchoire.

Le malade, interrogé, nous apprend l'existence d'une fluxion apparue quatre mois avant au niveau du massif facial inférieur droit, qu'il attribue à sa première grosse molaire inférieure du même côté. De cette dent, il ne restait que les deux racines. A leur niveau un abcès s'était constitué. Une incision et l'extraction des racines firent régresser rapidement ces phénomènes inflammatoires. Cependant, il persiste au niveau de la joue une tuméfaction arrondie, de la grosseur d'une noisette, indolore et adhérent à la peau. Cette tuméfaction n'incommodait nullement le malade jusqu'au jour où une nouvelle poussée aiguë à ce niveau l'obligea à se faire porter malade.

En huit jours la petite tumeur initiale passa de la grosseur d'une noisette à celle d'une grosse noix, en même temps que s'opérait à l'intérieur un processus de suppuration.

Localisée au milieu de la branche horizontale du maxillaire inférieur, la tumeur occupe toute la hauteur de cette branche, débordant légèrement en haut le plan supérieur de l'arcade dentaire inférieure. La peau, tendue et de couleur violacée, limite une masse fluctuante, chaude et douloureuse.

Il n'existe aucune adénopathie sous-maxillaire concomitante.

L'examen de la bouche, dont l'ouverture est rendue difficile

par un léger trismus, montre une muqueuse enflammée et tuméfiée autour de la deuxième grosse molaire inférieure droite. Cette dent, atteinte de carie pénétrante avec arthrite suppurée, est peu douloureuse à la pression. Au dire du malade, le phénomène nouveau ressenti dans sa bouche consiste surtout dans l'inflammation de la gencive du côté droit et l'apparition au niveau du vestibule d'une masse œdémateuse, qui semble réunir la tumeur suppurée de la joue et la région des molaires inférieures droites.

La dent de 12 ans est extraite à son tour et l'alvéole curettée.

Une incision au point déclive de la tumeur est pratiquée à l'Hôpital militaire et donne issue à un pus jaunâtre, épais et abondant.

Deux mois après, le malade ne présentait plus aucune trace de sa lésion jugale, si ce n'est la cicatrice fibreuse de l'incision.

OBSERVATION V.

(Docteurs DUBERNARD et GUILHEM.)

S..., 18 ans, se présente à notre consultation, le 20 février 1932, pour des douleurs dentaires accompagnées de tuméfactions de la joue. Celle-ci occupe le bord antérieur du masséter et la face externe de la branche horizontale gauche.

L'examen clinique de la bouche montre une carie pénétrante sur *g⁶*.

Une mobilité anormale de la dent est perçue à la palpation, tandis que la pression de la gencive fait sourdre du pus de l'alvéole. La percussion est légèrement douloureuse.

L'induration de la joue soulève la peau, qu'elle colore en rouge violacé, et présente le volume d'un œuf de pigeon. Elle adhère aux plans profonds, mais ne fait pas corps avec le maxillaire.

Pas de périadénite.

Pas de ganglion sous-maxillaire.

Le diagnostic porté a été celui d'arthrite suppurée avec adénite génienne sous-maxillaire. Le traitement a consisté dans l'extraction de *g⁶* avec curettage alvéolaire et injection d'éther sulfurique intraganglionnaire après ponction du pus.

Les suites opératoires, bonnes, ont marqué une diminution progressive des phénomènes locaux.

La guérison était complète au bout d'un mois.

OBSERVATION VI.

(Docteur DUBERNARD.)

X..., imprimeur, 45 ans, est envoyé à notre consultation pour une grosse tuméfaction jugale et sous-maxillaire gauche due à la dent de sagesse inférieure gauche, que la radiographie avait montrée incluse dans la base de la branche montante.

Le stylet, introduit difficilement dans la cavité buccale à cause du trismus, ne perçoit pas Sg.

L'examen jugal montre un gros épaissement de la joue et une tuméfaction en saillie et arrondie, présentant le volume d'une noix. Le diagnostic porté est celui d'accident de la dent de sagesse inférieure gauche avec ostéo-phlegmon et adénite génienne sus-maxillaire.

Le traitement comporta plusieurs temps :

Extraction chirurgicale de Sg;

Curettage;

Incision du phlegmon périmaxillaire;

Ponction évacuatrice de l'adénite.

Les suites opératoires furent normales. Le trismus disparut dans les huit à dix jours qui suivirent.

Trois semaines après l'intervention, il ne restait plus que des traces minimales de l'adénite génienne.

OBSERVATION VII.

(Docteur DUBERNARD.)

M..., 13 ans, consulte le 10 octobre 1933 pour une tuméfaction dure, indolore, à siège pémasséterin et datant de deux mois environ.

A l'examen buccal, on voit une carie pénétrante de d_6 soignée il y a trois ou quatre ans.

La dent est mobile dans son alvéole.

Pas de douleurs.

La radiographie montre des signes de périapexite et d'arthrite chronique suppurée.

L'examen jugal montre une tuméfaction de la grosseur d'une noisette, adhérente aux parties profondes de la joue, dure et indolore.

Nous pensons à une adénite génienne du groupe sus-maxillaire consécutive à une arthrite chronique de d_6 .

L'intervention thérapeutique a consisté dans l'extraction de d_6 suivie d'un curettage de l'alvéole. Suites opératoires normales.

Le ganglion génien, livré à lui-même et palpé dix jours après, avait déjà perdu la moitié de son volume.

OBSERVATION VIII.

(Docteur DUBERNARD.)

Mme X... se présente à la consultation du 24 septembre 1933 pour une grosseur qu'elle a vue se développer, il y a un mois et demi, au milieu de sa joue gauche.

En examinant la denture, on s'aperçoit de l'existence d'une ostéo-arthrite siégeant au niveau de g_6 . Cette dent elle-même est atteinte de carie pénétrante.

En présence de la tuméfaction de la joue, nous avons pensé à une adénite génienne du groupe buccal, le siège de la lésion se trouvant à la limite du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs de la ligne réunissant le tragus à la commissure labiale.

Nous avons extrait les séquestres radiculaires de g_6 et cureté les lésions d'ostéite.

D'autre part, nous avons excisé le ganglion enflammé. La cavité a été badigeonnée avec une solution de chlorure de zinc au dixième.

Le 15 octobre, tout était rentré dans l'ordre. La plaie chirur-

gicale de la joue était en partie cicatrisée. L'absence de douleurs et la souplesse des tissus nous permettaient de porter un pronostic tout à fait favorable.

OBSERVATION IX.

(Docteurs BOSREDON et DUBERNARD.)

X..., marin, se présente à la consultation de la Clinique maritime le 15 mars 1932 pour une grosse tuméfaction de la joue gauche datant de quinze jours.

Un trismus très serré gêne l'examen de la cavité buccale. On peut voir cependant que la dent de sagesse inférieure gauche est en mauvaise position.

Un pus abondant s'écoule sur les bords de la gencive décollée.

La lésion jugale est à cheval sur le bord inféro-externe de la branche horizontale gauche et occupe environ le milieu de cet os. Une fistule s'étant constituée, du pus s'écoule à son niveau.

Le diagnostic porté est celui d'adénite génienne infra-maxillaire compliquée d'adénite sous-maxillaire et rétro-angulo-maxillaire.

Seul le ganglion inframaxillaire suppure. Le traitement, qui comprit l'extraction chirurgicale de la dent de sagesse, le curettage de l'alvéole et enfin l'incision de l'adénite, fut suivi d'une guérison au bout de trois semaines.

OBSERVATION X.

(Docteurs BALLANS et DUBERNARD.)

Mme X... raconte qu'une tentative d'extraction de G₅ fut suivie de fracture coronaire. Malgré la persistance des séquestres radiculaires, les phénomènes douloureux régressèrent, tandis que se développait, sur le milieu de la joue gauche, une tuméfaction quasi indolore.

On ordonna des bains de bouche et des pansements humides. Cet état resta stationnaire pendant un mois et demi environ.

Cette femme vient nous consulter au mois de juin 1932.

L'examen clinique nous permet de porter le diagnostic d'arthrite chronique suppurée de G₅ et d'adénite génienne buccale.

La deuxième prémolaire supérieure gauche a été extraite, et son alvéole curetté.

Le ganglion a été incisé par voie buccale, afin d'éviter à cette femme la cicatrice de la joue.

La guérison, plus lente que d'habitude, ne fut obtenue qu'au bout d'un mois et demi environ.

OBSERVATION XI.

(Docteurs DUBERNARD et GUILHEM.)

C..., 17 ans, présente une arthrite suppurée de D⁷ avec douleurs vives à la pression et fluxion de la joue. Le malade attend cinq ou six jours avant de consulter. Pendant ce temps une tuméfaction apparaît au milieu de sa joue droite et prend rapidement de grosses proportions.

La lésion, à cheval sur une ligne qui réunit le tragus à la commissure, nous paraît être une adénite génienne buccale dont le point de départ serait au niveau de D⁷, atteinte d'arthrite suppurée.

Le 10 juillet 1931, nous procédons à l'extraction de D⁷. Le ganglion est incisé et la cavité curettée avec du chlorure de zinc. Trois semaines après, la guérison était complète.

OBSERVATION XII.

(Docteurs DUBERNARD et GUILHEM.)

Il s'agit de X..., 35 ans, hospitalisé à l'Hôpital Saint-André dans le service de M. le Professeur Chavannaz.

L'examen buccal montre une disparition complète des couronnes de tout le maxillaire supérieur droit. Un processus d'arthrite chronique suppurée frappe les racines de D₃, D₄, D₅, D₆.

Au niveau de la joue, à 3 centimètres en arrière de la commissure labiale, siège une grosse tuméfaction fluctuante.

La ponction ramène un pus grumeleux. Nous pensons à une adénite génienne du groupe buccal.

Les racines de D₃, D₄, D₅, D₆, ont été extraites dans la même séance et le maxillaire cureté profondément.

Le pus a été évacué au moyen d'une incision au joint décline de la tumeur.

Un badigeonnage de la cavité au chlorure de zinc termina cette intervention.

La guérison s'opéra rapidement et un mois après tout était rentré dans l'ordre.

CONCLUSIONS

Nous ne voulons pas terminer ce travail sans dire un mot de l'importance des adénites géniennes d'origine dentaire et de la place qu'elles doivent occuper parmi les affections qui sont du domaine de la stomatologie.

Les travaux anatomiques exposés dans la première partie de cet ouvrage nous font connaître l'existence de ganglions lymphatiques dans la joue et nous renseignent sur leur fréquence. Ces ganglions servent de relais aux germes pathogènes transportés par les leucocytes du foyer infectieux bucco-dentaire. Ce barrage est toujours très efficace et nous n'avons rencontré que dans quelques cas seulement des adénopathies sous-maxillaires coexistant avec des adénites géniennes.

Il découle de l'étude des manifestations cliniques des inflammations ganglionnaires de la joue que le diagnostic est en général facile. La cause doit être recherchée tout d'abord dans la cavité buccale, au niveau des arcades dentaires. Il s'agit en général d'une grosse molaire inférieure, présentant une carie compliquée de pulpite et d'arthrite. Ces affections dentaires sont très fréquentes, et cependant le nombre des adénites géniennes est restreint. C'est cette rareté relative qui explique les erreurs de diagnostic qui entraînent le praticien dans une thérapeutique stérile.

Les adénites de la joue sont prises souvent pour des lésions tuberculeuses. Il semble que ce soit l'erreur de diagnostic la plus fréquente. Nous avons vu comment on pouvait différencier cliniquement l'origine bacillaire de l'origine infectieuse banale à point de départ bucco-dentaire.

Enfin, le traitement des adénites géniennes d'origine den-

taire se propose, en supprimant la cause précocement, d'arrêter l'évolution et d'éviter ainsi la suppuration du ganglion. C'est le traitement idéal, qui ne peut être appliqué que si le malade vient consulter au début et si le praticien pose un diagnostic exact.

L'opportunité du traitement de l'adénite est dominée par le souci de respecter l'esthétique du visage. Si l'incision externe est inévitable, on la pratiquera en observant les règles déjà décrites.

Une adénite mal traitée laissera une cicatrice indélébile sur la joue, région de la face la plus apparente et la plus difficile à dissimuler.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

Le Président,

CAVALIE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 28 novembre 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — Des adénites génienues. *Arch. prov. de chir.*, 1895, t. 4, p. 259.
- BOURGERY et JACOB. — Anatomie descriptive et physiologique; Paris, 1851.
- TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique.
- CAPETTE-LAPLAINE. — Les ganglions de la joue, thèse Bordeaux, 1899.
- LEBEDINSKY. — Adénites génienues. Soc. de stomat., 1901.
- Les adénites génienues dans l'armée. *Rev. de chir. dent. et de stomat. de Paris*, févr. 1931.
- SASSIER. — Les lymphatiques des parois de la cavité buccale, thèse Paris, 1927.
- RATEAU. — Adénite génienne. *Rev. de laryng.*, 1923.
- DÉCHAUME. — Gomme génienne tuberculeuse. *Rev. de stomat.*, mai 1932.
- DECHAUME et MALEPLATE. — Etude critique des adénites génienues. *Rev. de stomat.*, mars 1934.
- VIGIER. — Des adénites de la joue, thèse Lyon, 1892.
- BÖDECKER et APPLEBAUM. — The variable Permeability of the Dentin-Dental Cosmos, déc. 1932.
- ROUVIÈRE. — Anatomie humaine descriptive et topographique, Paris, 1927.
- SCHWEITZER. — Ueber die Lymphgefäße des zahufleisches und der Zähue beim Meuschen und bei Säugetieren. *Arch. für mikrose anat.*, 1907, Bd 63, p. 807-908.

